

DISCUSSION PAPER SERIES

中国儿童多维贫困的分析与启示
——基于CFPS的实证研究

元迪

CCEHD DP No.05

JULY 2019



DISCUSSION PAPER SERIES

中国儿童多维贫困的分析与启示

——基于CFPS的实证研究

亓迪
河海大学

CCEHD DP No.05

JULY 2019

(1) 本文所表达的所有观点仅代表作者的观点，不代表CCEHD的观点，本系列文章中发表的研究可能包含对政策的评估，不代表CCEHD的政策立场。人的发展经济学研究中心（CCEHD）是一家独立的研究机构，由北京师范大学和中国发展研究基金会共建。CCEHD致力于探索人在整个生命周期过程中营养健康、医疗卫生、身心发展、能力养成及其劳动力市场表现的规律等，为国家政策制定提供支持，并为实现人的全面发展和能力提升、实现人和社会的公平持续发展做出贡献。

(2) 人的发展经济学研究中心工作论文系列仅作为学术交流的目的，通常仅代表初步成果，引用文章时应当对其临时性及来源进行说明，格式可参考“作者名称（年份）：“文章名称”，人的发展经济学研究中心工作论文No. 编号”。如发现抄袭等学术不端行为，将追究法律责任。

CCEHD - 人的发展经济学研究中心

地址：北京市海淀区新街口
外大街 19 号北京师范大学
京师大厦 9504 室

电话：(010) 58802941
邮箱：ccehd@ccehd.org.cn
网址：www.ccehd.bnu.edu.cn



中国儿童多维贫困的分析与启示

——基于 CFPS 的实证研究

摘要：儿童是生命的起始阶段，物质与社会资源匮乏严重影响儿童身心发展，阻碍儿童和社会人力资本的积累，而投资儿童的发展是消除贫困、打破贫困代际传递的重要途径，也是实现社会公平与正义的重要手段。本项目使用了 CFPS 数据对我国儿童贫困的程度、范围、分布等问题进行了系统分析论证，并对比分析了多维度贫困测量方法与传统的收入测量方法在我国儿童贫困识别结果上的异同。结果显示收入贫困线下农村与城市儿童贫困发生率较为接近，没有显著差别，而多维测度方法测度下发现差异明显。突出表现为农村儿童营养不良比例较高、发育迟滞现象严重、缺乏父母或成人照料看护的儿童比例偏高，获得社会保障的水平不足，早期教育有待提高等问题。项目研究表明通过家庭收入的现金转移支付办法无法有效保障儿童发展，儿童贫困难题的解决需要多层次复合型保障。项目的实证测量方法也具有一定启示意义，回应儿童多维贫困问题从识别方法上需要注重多元识别，引入儿童发展的多维度面向识别指标，才能从根源上识别号、解决好儿童的贫困和发展问题。

关键词：儿童贫困，多维贫困，多重匮乏

Abstract: Based on China Family and Panel Study Survey (CFPS) conducted in the year of 2014, this paper adopts the income and the multidimensional deprivation approach to empirically analyse the extent and levels of child poverty in China. The results show, there is almost no significant difference in the child income poverty rate between rural and urban areas, whereas the multidimensional poverty rate of rural and urban children has significant disparities as measured using the multidimensional deprivation approach, no matter their performance in the single deprivation indicator

or the aggregated deprivation index. The estimated results at the provincial level also indicate that the income approach could not accurately measure the extent and levels of child poverty. The results using the multidimensional poverty measures show that the disparities among children in China existed in a variety of areas including nutritional status, the early educational levels, the extent of care and protection from parents and caregivers, the social protection levels as well as the access to early education. To achieve the goal of minimizing the gaps between poor and non-poor children and helping poor children out of poverty, the government should consider measuring child poverty using the multidimensional deprivation approach and regularly monitoring the extent and levels of child poverty as well as the progress in child poverty reduction. In addition, a comprehensive strategy of social assistance and security alongside the multiple measurement of child poverty can address poverty and developmental issues faced by children.

Keywords: Child Poverty, Multidimensional Poverty, Multiple Deprivation

通讯作者:

齐迪

河海大学

江苏省南京市佛城西路8号

电子邮箱: qidi@hhu.edu.cn

1 背景及前言

自 1990 年以来儿童发展纲要的颁布和实施，我国儿童的生存、发展和受保护的权力得到更多保障，在诸多指标上提前实现了联合国的千年发展目标。《中国实施千年发展目标报告 2000-2015》报告显示，我国 5 岁以下儿童死亡率从 1991 年的 6.1% 下降到 2013 年 1.2%，每年降幅平均达 7%。5 岁以下儿童低体重率由 1990 年的 19.1% 下降至 2010 年的 3.6%，5 岁以下儿童生长迟缓率由 1990 年的 33.4% 下降至 2010 年的 9.9%，下降幅度分别为 81.2% 和 70.4% (UN, 2015)。但是，由于各地区经济发展不平衡导致贫困儿童的生存和发展还面临诸多方面的挑战。根据《Children in China: An Atlas of Social Indicators》报告显示，五岁以下儿童死亡率东西部差距依然较为明显。根据测算，2013 年北京地区 5 岁以下儿童死亡率已经降至 0.4% 以下，然而新疆和西藏地区 5 岁以下儿童死亡率依然高达 2.5% (UNICEF, 2014)。2015 年，我国出台《国家贫困地区儿童发展规划纲要》明确提出重点提高集中连片特殊困难地区儿童发展的整体水平。纲要的颁布表明我国各区域儿童发展水平还很不平衡，贫困地区儿童发展的任务依然艰巨。

儿童是生命的起始阶段，物质与社会资源匮乏严重影响儿童身心发展，阻碍儿童和社会人力资本的积累，而投资儿童的发展是消除贫困、打破贫困代际传递的重要途径，也是实现社会公平与正义的重要手段(中国发展研究基金会, 2013)。近年来，我国政府将精准扶贫作为一项重要的国家战略，对贫困儿童的关注逐渐增多，相继出台了《中国儿童发展纲要 2011-2020》、《国家贫困地区儿童发展规划纲要 2014-2020》《关于加强困境儿童保障工作意见》等政策文件，文件的出台标志着政府的扶贫中心逐渐转移到儿童身上，力图优先解决贫困儿童发展面临的突出问题，最大限度促进儿童的发展潜能。

另外，我国儿童规模庞大，截至 2013 年，我国 0-17 岁儿童规模达 2.74 亿，总人口规模为 13.61 亿，儿童占总人口比例达 20.13%。儿童比例占总人口的比例超过五分之一(UNICEF,2014)。儿童贫困和发展的问題更加不能忽视，需要引起广泛关注。已有研究较少对儿童贫困的程度进行科学严谨的测量。当前乃至今后一段时间，着力促进贫困地区儿童发展进而实现精准扶贫的国家战略，需要首先解决贫困地区儿童贫困的程度及规模等基础问题。本研究将聚焦我国儿童多维度贫困的基本状况，对比基于收入方法与多维度方法测算所得儿童贫困率的差异。为回应以上问题，本研究采用中国家庭追踪调查 2014 年数据，通过构建多维度重叠匮乏指数体系，综合考虑儿童在基础设施获得、营养健康、教育及受保护等诸多维度的生存及发展状况，并对比分析收入方法与多维度方法对贫困儿童程度识别结果的差异，填补儿童贫困领域实证分析的不足。以下第二部分将对测度儿童贫困的已有文献进行简要述评；第三部分将会介绍贫困维度和指标的选取，重点介绍多维度儿童贫困的具体测量方法；第 4 部分将展现本研究的主要结果和发现；第 5 部分将结合其他国家多维度贫困方法应用的基本情况，浅谈对我国儿童贫困问题识别和测度的启示。

2 文献述评

已有研究较多以家庭收入情况判断儿童贫困状况，具体做法是考察家庭收入相较于贫困线的高低甄别贫困的儿童，以此计算贫困儿童的比例 (Batana et al., 2013; Evans and Palacios, 2015, Watkins and Quattri, 2016; Newhouse, et al.,2016)。例如，Newhouse et al. (2016)采用世界银行近期调整的每天 1.9 美元贫困线并基于全球微观数据库中有关 89 个国家的实证分析，测算出 18 岁以下家庭收入低于每天 1.9 美元的儿童比例为 19.5%，是成人贫困率的两倍还要多。收入甄别方法的关键

是贫困线的界定，除世界银行采用绝对贫困线界定法之外，不少国家和地区还会设计相对贫困线甄别贫困儿童比例并以此计算儿童贫困的规模。例如，欧洲大多数国家通常使用 40%、50%或 60%的标准设计相对收入贫困线（Bradshaw et al., 2012; Bradshaw & Richardson, 2008）。

以上两种贫困线界定的基本逻辑都是考察家庭的收入状况识别贫困儿童，但基于收入方法识别贫困儿童受到越来越多的质疑(Minujin et al, 2005; Roelen et al., 2009; Minujin & Nandy, 2012)。第一，儿童的成长与发展是多维度的，儿童需要获得基础教育、需要足够营养、需要适当的照顾，基础需求的满足不仅靠家庭获得经济来源的能力，还需要外部环境和社会服务的完善。如 1995 年哥本哈根宣言中提到，贫困是人类需求严重匮乏的一种情形，包括食物、饮用水、卫生设施、健康、居住条件、教育和信息，它不仅仅依赖于收入，而且还依赖于是否有机会获得社会服务（UN,1995）。

其次，收入测度方法无法将基本生活处境依然艰难的贫困儿童纳入进来，其识别的效度和精度受到质疑。例如对印度和秘鲁等国家的研究表明，教育、健康处境不利的贫困人口并未被认定为贫困人口，从而获得应有的社会保障（Santos, et al., 2015; Alkire & Housseini, 2014）。未被认定为收入贫困家庭的儿童中，有不少儿童仍然面临生存和发展的挑战，但因收入方法的排他性较强，处境不利的儿童就无法被有效识别出来，从而降低了政策保障的能力与效果。

另外，尤其对于贫困儿童来说，收入方法的基本假定是父母（或家庭）对于收入支配的能力是相同的，但事实情况并非如此。家庭收入支配的能力不尽相同，导致儿童所能获得或者享有的基本生活不尽相同。因而，越来越多的研究者转向采用多维度测度的方法对儿童的贫困程度及其生活水平进行直接的分析 and 测算

(Barrientos & DeJong, 2006; Boyden, Hardgrove, & Knowles, 2012; Chzhen, et al., 2014; De Milliano & Plavgo, 2014; de Neubourg et al., 2012; Gordon, et al., 2003; Roelen et al., 2009; Alkire & Roche, 2011)。例如，部分学者基于儿童权利视角 (Gordon et al., 2003)，构建了权利导向的多维度指标和贫困的计算方式。部分学者根据森的能力贫困分析框架，将多维贫困指数等方法应用到儿童贫困程度的测算中，增加儿童多维贫困程度和严重性的考量 (Alkire & Foster, 2011; Alkire & Roche, 2011)。在借鉴 Gordon 和 Alkire-Foster 的研究基础上，联合国儿童基金会提出了多维度重叠匮乏分析方法 (MODA)。MODA 依据儿童权利公约选取匮乏维度，区分不同年龄阶段儿童的不同需求，分别计算儿童单维度和多维度贫困发生率，同时考察贫困儿童平均匮乏率，并根据地区或家庭个人属性分解，计算多维贫困率 (Chzhen & de Neubourg, 2014; Chzhen et al., 2014; De Milliano & Plavgo, 2014; de Neubourg et al., 2012a; b)。

相较于其他国家儿童贫困领域已有的大量实证分析研究，我国研究者针对儿童贫困程度进行专门测度的研究还较少。虽然个别研究关注到儿童贫困问题，也试图测算儿童贫困的规模和程度，但已知的研究尚未采用多维度方法对儿童贫困问题展开系统研究，而是沿用传统的收入视角分析和研究儿童贫困问题 (王作宝, 2014; 张时飞、唐钧, 2009; World Bank, 2009)。例如，基于中国综合社会调查 (CGSS) 2006 年的调查数据，王作宝 (2014) 采用家庭收入中位数的 50% 的相对收入贫困线和每人每天 1.25 美元的绝对贫困标准对我国各省城乡儿童的整体贫困水平进行过测度和比较分析。但正如上文所述，收入法测度儿童贫困问题会面临诸多局限和不足，多维度测度方法通过选取反映儿童基本生活水平的“结果类”指标，能够有效弥补收入方法间接测量儿童贫困带来的不足。

基于此，本文通过中国家庭跟踪调查 CFPS2014 年的数据，首先通过多维度方法分析农村儿童贫困发生率，再与收入方法测度儿童贫困的结果进行对比，以期填补我国儿童贫困领域实证研究的不足。

3 方法介绍

3.1. 维度和指标选取

1989 年，联合国儿童权利公约明确提出儿童享有生存权，发展权，参与权和被保护的权利 (UNCRC,1989)，贫困儿童是指在营养、水、卫生设施、健康、住房、教育、参与和社会保护等基本生活条件处于匮乏状态或者获得不足的儿童 (UNGA, 2006)。基于联合国儿童权利公约对儿童贫困状态的界定，本文将 16 岁以下儿童作为研究对象，选取以上八个维度反映和测算我国儿童贫困的基本情况，包括营养、水、卫生条件、住所、健康、教育、信息和社会保护。每个维度我们又选取了具体的测量指标，请见表 3-1。

值得注意的是指标的具体选择受限于数据的已知信息。例如，我国的诸多研究发现我国贫困地区因营养不良导致的儿童贫血患病率较高 (Luo et al., 2011, Willows et al., 2011)，贫血是不少研究用来反映儿童营养状况的指标，但 CFPS 数据缺乏儿童贫血的基础信息，所以构建营养维度的指标中，我们主要参考参考世界卫生组织对儿童营养的测度标准 (WHO, 2002, 2013; UNICEF and WHO, 2009)，包括儿童是否矮小、或者是否过轻。住房方面，不少文献使用住房拥挤程度（人均住房的面积）或房屋质量（房屋使用的物质材料）反映住房条件是否脱贫 (UN-Habitat, 2009; UN, 2003)，但是 CFPS 调查的已知信息较难构建两个常用指标，我们使用是否出现住房困难情况作为住房贫困的衡量指标。

除此之外，多维度贫困测度的指标还同时考虑了以下几方面的特性：

(1) 指标的效度问题。过往多维贫困的研究中，较少对指标的效度进行检验，即所选择的指指标选取需要依据既定原则以外，指标的效度也需要被检验。效度通常也被认为是测量的有效度或准确度，是指测量工具或测量手段能够准确测出所要测量的变量的程度，即测量标准或指标能够如实反映某一概念真正含义的程度。具体到本文所关注的贫困研究中，效度是指构建的测量指标是否能如实反映或准确测算儿童贫困。为了检测每个指标的效度或准确度，本文采用的效度检验方式是准则效度法和结构效度法，即通过贫困的其他指标来检验多维贫困指标的准确性。第四章将呈现效度统计检验的分析结果。

(2) 指标的客观性。指标主要用于反映儿童的贫困状况和水平，选取指标需要能够反映儿童生活水平或质量的客观指标而非主观评判指标。

(3) 指标的适用性。为测度全国范围内儿童贫困状况，多维度贫困指标应尽可能考虑在全国的适用性和代表性，具有地方特殊性的指标可在国家儿童指标体系基础上相应增加。

(4) 指标的时效性。贫困指标反映的是某一段时间内儿童的基本生活水平，未来需要根据国家社会经济的变化情况进行适时的调整或修改。

表 1 儿童多维度贫困指标的选择及依据

	贫困的临界值定义
儿童健康	
1.生病后处理情况	生病（发热、腹泻）后既不找医生看病且家人也不找药或买药赋值为 1；
2.疾病状况	过去一个月生过病赋值为 1；
3.社会或商业医保	现在没有任何社会或商业医保赋值为 1；
4.医院诊所设施	居住的村/居地界内没有任何医院/卫生院/诊所赋值为 1；
儿童营养	
5.低体重	儿童体重低于世界卫生组织公布的对应年龄儿童体重标准的 2 个标准差以下 (<2SD) (适用于 10 岁以下儿童)

6.身高不足	儿童身高低于世界卫生组织公布的对应年龄儿童身高标准的 2 个标准差以下 (<2SD) (适用于全体儿童)
儿童照顾与保护	
7.白天照管情况	白天没有得到以下任何一方的照管,包括托儿所/幼儿园,保姆、孩子的爸爸或妈妈、爷爷或奶奶、外公或外婆则赋值为 1;
8.晚上照管情况	晚上没有得到以下任何一方的照管,包括托儿所/幼儿园,保姆、孩子的爸爸或妈妈、爷爷或奶奶、外公或外婆则赋值为 1;
9.与父亲分离情况	过去 12 个月与父亲几乎没有在一起居住的时间,即一年到头几乎见不到父亲则赋值为 1;
10.与母亲分离情况	过去 12 个月与母亲几乎没有在一起居住的时间,即一年到头几乎见不到母亲则赋值为 1;
11.户口情况	没有户口 (指在中国没有落户也没有其他国籍) 赋值为 1;
儿童教育	
12.小学初中教育状况	6 岁以上 16 岁以下没有在上学赋值为 1
13 幼儿园教育状况	2 岁以上 6 岁以下没有上幼儿园或托儿所赋值为 1;
14.上学距离	从住地到学校/幼儿园/托儿所的距离大于或等于 5 公里赋值为 1;
15.上学时间	上学/上幼儿园/学前班/托儿所的单程需要花费超过 60 分钟赋值为 1
家庭情况	
16.安全用水	家庭做饭用水最主要的水源非自来水/桶装水/纯净水/过滤水/井水则赋值为 1;
17.卫生厕所状况	家庭最常用卫生间/厕所的类型非室内冲水厕所/室外冲水厕所/冲水公厕则赋值为 1;
18.做饭燃料	家庭做饭最主要燃料非灌装煤气/液化气/天然气/管道煤气/电则赋值为 1;
19.用电情况	家里通电情况为经常断电或没有通电赋值为 1;
20.住房困难状况	家里有以下住房困难情况赋值为 1,包括 12 岁以上子女与父母同住一室/老少三代同住一室/12 岁以上异姓子女同住一室/有的床晚上架起白天拆掉/客厅里也架起睡觉的床

3.2. 测度方法的介绍

多维度重叠匮乏分析法作为儿童贫困的分析工具,不仅计算出儿童单维度和多维度的贫困率 (H),还测量了贫困儿童在多个维度上的平均匮乏率 (A) 以及调整后的儿童贫困率 ($M_0=H*A$)。儿童贫困率 (H) 反映了儿童贫困的广度或范围,而平均匮乏率 (A) 则能够反映出儿童贫困程度的加深或减少对整体贫困率

的影响，因此调整后的儿童贫困率或贫困指数 (M_0) 则是兼顾了儿童贫困的广度与深度(de Neubourg et al, 2012a, 2012b)。本文应用兼顾儿童贫困程度和深度的计算方法，对单维和多维儿童贫困率进行计算。

首先，儿童在单个维度下的贫困率可以根据下面列出的公式进行计算：

$$H_i = \frac{n_i}{N} \quad (1)$$

其中 n_i 代表在单个维度 i 上面临匮乏的儿童数量 (i 的取值范围是 1 到 8)， N 为全体儿童数，因此 H_i 也可表达为在维度 i 上的贫困儿童数量百分比。

其次，儿童在八个维度经历贫困的程度不同，部分儿童在其中一个维度中出现了贫困或者困境的状态，部分儿童在其中两个或者更多维度中处于贫困，我们需要设定一个多维度的贫困线，以此为基准计算贫困儿童的比例。本文根据方差分析法 (ANOVA) 和 Logistic 回归分析法的结果，筛选出合理的贫困分界值 K ，用来界定在多维度重叠交叉作用下的贫困儿童，即在 K 个及以上维度处于贫困，则被界定为贫困儿童。具体结果将在第 4.3 节呈现。儿童在多个维度下的贫困率计算公式如下：

$$H = \frac{n_k}{N} \quad (2)$$

其中 n_k 代表在 K 个及以上维度面临匮乏的儿童人数， N 代表全体儿童人数，因此 H 可表达为该定义下的贫困儿童占全体儿童的人口比例。过往的儿童贫困研究较多观察多维儿童贫困发生率，但经历多维贫困的儿童所经历的贫困程度又有所不同，只要被界定的贫困儿童人数 (n_k) 没有改变，儿童贫困率 H 就不会有变化。但事实情况是，多维贫困的儿童所面临的贫困情况会有所改变，其中部分儿童会面临增加多维贫困程度的风险，例如其中个别维度或指标上由不贫困变为贫困的状态，但整体的多维贫困率并未改变，由此造成仅仅计算多维贫困发生率

无法有效甄别儿童贫困程度的加深和加重,使得该贫困率对于儿童贫困程度发生变化的敏感度不够。为此,我们通过引入匮乏程度的计算,来捕捉儿童多维贫困深浅度的变化。具体用 A 表示,计算公式如下:

$$A = \frac{\sum_{i=1}^{n_k} C_{ik}}{n_k * d} \quad (3)$$

其中 C_{ik} 代表在 K 作为贫困维度临界值时每个贫困儿童 i 面临匮乏的维度数量(取值为 K 到 8), d 代表维度总数(在此研究中为 8 个维度)。因此,当贫困儿童在更多维度面临匮乏(即 C 增加),即使贫困儿童人数没有改变(即 n_k 不变),平均匮乏率也会增加。相反,贫困儿童面临匮乏维度数量减少时,即使贫困儿童人数不变,平均匮乏率(或匮乏程度)也会下降。通过引入匮乏率,我们可以更好地捕捉儿童贫困深度的变化情况。最终,我们会将贫困率与匮乏率进行相乘,得出调整过后的多维贫困率 M_0 , 计算公式如下:

$$M_0 = H * A = \frac{n_k}{N} * \frac{\sum_{i=1}^{n_k} C_{ik}}{n_k * d} = \frac{\sum_{i=1}^{n_k} C_{ik}}{N * d} \quad (4)$$

调整后的儿童贫困率 M_0 即为传统的儿童贫困率与平均匮乏率的乘积,它同时考察了贫困儿童的相对比例和贫困儿童的面临匮乏程度。儿童贫困人数的变化或者面临匮乏维度数的变化都有可能影响 M_0 。调整后的儿童多维贫困率可以依据地区、家庭或者儿童个体的特征变量属性进行分解,总体的 M_0 可以被分解为若干子样本的 M_0 所构成的加权平均数,并进而计算各组对于整体贫困的贡献率。而此加权平均数的权重即为该子样本的人口比例。这在以省份对总体 M_0 来分解时很有意义,例如某些省份的多维儿童贫困率 M_0 很大,但其人口比例却很少,那么该省的儿童贫困情况对全国儿童贫困率的贡献就相对减小。对总体 M_0 进行分解的数学表达式如下:

$$M_0 = \sum_{s=1}^t \frac{n_s}{N} M_0(s) \quad (5)$$

4 数据和结果

4.1 数据

本研究采用中国家庭追踪调查 CFPS 数据测算中国农村儿童贫困状况。CFPS 数据是由北京大学中国社会科学调查中心实施收集，通过跟踪调查个人、家庭和社区三个层面的相关数据，旨在为学术研究提供中国经济、社会、人口、教育和健康等相关数据。CFPS 数据是一项全国性、大规模的社会跟踪调查项目，抽样过程中通过多阶段区域层次上的隐含分层抽取入选的样本村/居，在村/居层面上按照随机起点循环等距抽样方式抽取家户样本。CFPS 抽取的样本覆盖 25 个省/市/自治区，人口覆盖中国总人口数的 94.5%，由于覆盖范围比较广泛，同时抽样采用多阶段的分层随机抽样方法，能够保证样本对于研究总体的代表性，保证我们通过样本计算所得儿童贫困率的结果能够推广到全国，或者说我们针对儿童贫困问题的分析具有全国的代表性。CFPS 调查问卷包含儿童问卷、成人问卷、家庭问卷和社区问卷，其中不仅包括家庭经济状况、基础设施、耐用消费品等基本信息，也包含儿童教育、健康及身体发育等诸多指标，有助于多维度方法的应用。

4.2. 多维度贫困指标效度检验 (Validity Test)

表格 2 呈现的是多维度贫困指标效度检验的分析结果。如方法部分所述，为检验贫困指标是否准确真实地测量贫困这一概念，需要找到同样能够反映贫困概念的外在指标进行检验，考察指标间的关系是否符合预期的命题或假设。本研究

采纳两种外在指标测度：家庭收入和儿童自我评价的健康状况。一方面，家庭收入作为反映家庭贫困状况的指标，可以用来反映多维贫困指标对于贫困测量的准确度，即检验多维贫困指标的准则效度。另一方面，依据结构效度的原理，依据现有的理论或者假设，可以构建两个相关变量间的关系，以此来检验指标的结构效度。儿童处于多维度贫困与匮乏，会导致较差的自我健康评价。所以我们使用儿童的自我健康评价来检验多维贫困指标的结构效度。如果两者关系能够符合其中一条预期的命题假设，说明构建的多维度贫困是有效的指标，能够较好地反映或测度贫困；如果两者的关系不符合任何一条预期的假设，说明构建的多维度贫困指标是没有效度的。

从回归分析的结果可以看出，20个构建的多维度指标中，有14个指标与家庭收入有显著关联且关联性符合预期假设。例如，在涉及儿童健康的指标中，家庭收入与儿童是否享有社会或商业医疗保险有显著关联，家庭收入越高，儿童没有保险的概率越低；在营养维度中，低体重与身高不足两个指标都与家庭收入有显著关系，且家庭收入越高，儿童越不容易出现低体重或身高不足的问题。教育方面，家庭收入的增加会显著提高儿童接受义务教育和上幼儿园的机率。家庭维度方面的各项指标也均与家庭收入有显著关联。家庭收入的提高会显著改善儿童的基本生存条件，例如减少不干净用水、不洁净厕所和燃料的使用等。

另外，有4个指标与儿童自评健康状况有显著关联且关联性符合预期。在照顾维度中，儿童白天或夜晚是否有人照顾这两个指标与儿童对自身的健康评价状况有显著关联。儿童白天没有人照顾，自评健康状况为‘差’的机率将会增加至4.8倍；儿童晚上没有人照顾，自评健康状况为‘差’的机率将会增至4.9倍。这说明有人照顾对于儿童的健康评价或自我感受会有较大的影响。然而这两个指标

与家庭收入却没有显著关联。这个结果也说明，家庭收入并不能完全决定儿童的生活质量或福祉水平，儿童的福祉水平（或贫困与否）十分有赖于被他人照顾或照料的程度。是否接受义务教育也与自评健康显著相关。儿童没有接受义务教育，其对自己健康状况的评价为‘差’的概率增至 4.2 倍。这说明，对儿童来说，教育的重要性不仅体现在积累知识或培养智力，获得教育也能够提高儿童对自我的评价。家庭住房是否有困难也显著影响儿童自我健康评价。家庭住房有困难情况的儿童，自我健康评价为‘差’的概率增至 1.37 倍。这反映出住房质量差会显著影响儿童对自己健康状况的评价。

表 2 多维度贫困指标与外在指标 Logistic 回归效度检验结果

贫困指标/变量	样本量	效度检验系数 1	效度检验系数 2
1.生病后处理情况	7883	1.08 (0.36)	1.25 (0.71)
2.疾病状况	7884	1.01 (0.71)	0.93 (0.66)
3.社会或商业医保	7488	0.84 (0.00) ***	0.80 (0.22)
4.医院诊所设施	7129	0.96 (0.15)	0.66 (0.14)
5.低体重	5071	0.79 (0.00) ***	1.12 (0.87)
6.身高不足	7215	0.76 (0.00) ***	0.74 (0.1)
7.白天照管情况	7880	0.97 (0.35)	4.84 (0.00) ***
8.晚上照管情况	7879	0.96 (0.18)	4.90 (0.00) ***
9.与父亲分离情况	7883	0.91 (0.00) ***	1.37 (0.23)
10.与母亲分离情况	7885	0.89 (0.00) ***	1.16 (0.61)
11.户口情况	7890	0.82 (0.00) ***	n/a
12.小学初中教育状况	7883	0.76 (0.00) ***	4.2 (0.00) ***
13.幼儿园教育状况	7883	0.85 (0.00) ***	n/a
14.上学距离	7562	1.13 (0.01) ***	1.22 (0.54)
15.上学时间	7893	0.77 (0.00) ***	1.71 (0.36)
16.做饭用水	7878	0.78 (0.00) ***	0.78 (0.29)
17.卫生厕所状况	7657	0.59 (0.00) ***	1.06 (0.69)
18.做饭燃料	7893	0.58 (0.00) ***	1.13 (0.38)
19.用电情况	7893	0.71 (0.00) ***	1.01 (0.98)

20.住房困难状况	7893	0.77 (0.00) ***	1.37 (0.05) **
-----------	------	-----------------	----------------

注：p 值<0.1* p 值<0.05** p 值<0.01 *** (* ** ***分别代表在 10%、5% 和 1%统计水平上显著，未标星号代表不显著)

4.3. 儿童单维度匮乏状况分析

根据效度评价标准，共有 16 个指标通过效度检验。多维度贫困测度方法测算下我国儿童贫困水平如何？收入测度方法下的儿童贫困状况如何？两种测度方法下的儿童贫困状况是否存在差异？这一部分将重点就两种不同测度方法下的儿童贫困状况进行比较分析。图表 1 呈现的是通过有效性检验的贫困指标和低保收入贫困线以下全国儿童贫困水平。采用收入法测度得出有 19.6%的儿童所在家庭人均收入水平低于贫困线，但低保线下儿童实际的生活水平如何却无从得知。但是多维度贫困测度方法可以呈现儿童生活水平和发展状况的丰富信息。从单个多维度指标儿童贫困发生率来看，儿童在涉及健康、营养状况、照顾与看护情况以及家庭维度的指标中表现较差。例如，26.2%的儿童缺乏基本的医疗保险，28.9%的儿童身高不足，约有 13%的儿童白天或晚上得不到成人的陪伴和照顾，55%的儿童家庭所在卫生条件较差，43%的儿童家庭使用不清洁燃料做饭，21%的儿童所在家庭有住房困难情况。另外，6.4%和 5.5%的儿童长期无法与父母亲见面，8.7%的适龄儿童没有接受早期教育。这表明，我国儿童发展面临的突出问题表现在营养状况不良，获得父母或其他成人的照料看护不足，社会保障水平不足，家庭物质匮乏较为严重以及早期教育情况不容乐观。

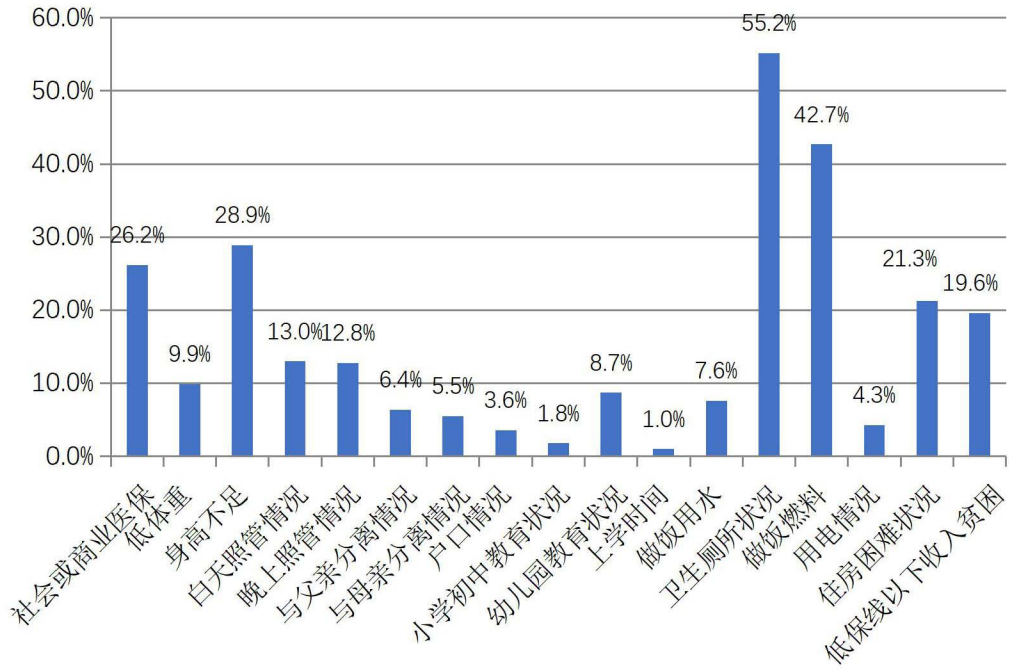


图 1 收入指标和有效性贫困指标上儿童贫困水平

4.4. 城乡儿童单维度匮乏状况分析

表 3 首先呈现的是不同测度方法下我国农村与城市儿童贫困的水平差距及显著性检验统计值。农村儿童的实际生活水平或生活质量在 14 项单维度贫困指标上都显著低于城市儿童，且在某些指标上还存在较大差距。例如，在反映儿童营养水平的两项重要指标上，农村儿童的低体重和身高不足比例高达 11.8% 和 35.2%，均显著高于城市儿童。相较于城市儿童，有更高比例的农村儿童缺乏成人足够的照顾，一年内几乎见不到父亲或母亲的比例也显著要高。另外，虽然接受义务教育的农村儿童比例已经趋近于城市，但是没有上幼儿园的农村儿童比例却显著高于城市。这都突显农村儿童的营养及身体发育、被照料状况以及接受早期教育等方面依然较为薄弱。

从家庭层面的多维度贫困指标测算结果来看，农村儿童的贫困水平显著要高于城市儿童且差距较大。依然有 10.8% 的农村儿童无法获得干净的饮用水，这一

比例显著高于城市儿童在这一指标的发生比例 2.2%。拥有可冲水的厕所的农村儿童比例明显低于城市。做饭燃料使用不清洁能源的比例在农村儿童中高达 56.7%，显著高于城市儿童在这一指标上的贫困发生率 19.9%。

其次，将 16 项贫困指标累加后所得儿童贫困指数的测算结果来看，农村儿童处于多维度贫困的比例也均显著高于城市儿童。例如，高达 79.7% 的农村儿童在至少 2 个及以上贫困指标上处于贫困状态，而这一比例显著高于同等情况下的城市儿童的多维贫困发生率 49.1%。3 个及以上指标上处于贫困的儿童比例高达 57.1%，而这一比例的城市儿童仅有 25.9%。这都反映出，农村儿童的实际生活水平或生活质量相较于城市儿童还存在显著差距。然而这些差距通过低保收入贫困线测度方法却未能被甄别出来，表明收入法无法反映出儿童真实的生活水平和贫困状况。因而，要保证扶贫对象识别和帮扶的精准，亟待需要通过多维度贫困方法对贫困对象进行精确的识别和测度。

表 3 的分析结果还发现，以收入法测量儿童贫困情况的结果城乡之间差异较小，农村儿童贫困发生率为 19.5%，而城市儿童贫困率为 20.1%，显著性检验所得两者差距不显著。

表 3 不同测度方法下我国农村和城市儿童贫困水平的差距及显著性水平检验

儿童贫困指标及指数	全国水平	农村贫困水平	城市贫困水平	显著性水平
社会或商业医保	26.2%	28.7%	22.1%	0.000***
低体重	9.9%	11.8%	6.9%	0.000***
身高不足	28.9%	35.2%	19.3%	0.000***
白天照管情况	13.0%	13.5%	12.3%	0.11
晚上照管情况	12.8%	13.3%	11.9%	0.063*
与父亲分离情况	6.4%	7.2%	5.0%	0.000***
与母亲分离情况	5.5%	6.5%	3.8%	0.000***
户口情况	3.6%	4.2%	2.7%	0.000***

小学初中教育状况	1.8%	2.1%	1.4%	0.02**
幼儿园教育状况	8.7%	9.8%	6.9%	0.000***
上学时间	1.0%	1.4%	0.4%	0.000***
做饭用水	7.6%	10.8%	2.2%	0.000***
卫生厕所状况	55.2%	70.6%	30.9%	0.000***
做饭燃料	42.7%	56.7%	19.9%	0.000***
用电情况	4.3%	5.5%	2.4%	0.000***
住房困难状况	21.3%	21.6%	20.5%	0.25
累加后贫困指数 ≥ 2	67.6%	79.7%	49.1%	0.000***
累加后贫困指数 ≥ 3	44.8%	57.1%	25.90%	0.000***
累加后贫困指数 ≥ 4	24.8%	33.6%	11.30%	0.000***
累加后贫困指数 ≥ 5	11.1%	16.0%	3.60%	0.000***
累加后贫困指数 ≥ 6	4.2%	6.3%	0.90%	0.000***
低保线下收入贫困率	19.6%	19.5%	20.1%	0.54

注：p 值 <0.1 * p 值 <0.05 ** p 值 <0.01 *** (* ** **分别代表在 10%、5% 和 1%统计水平上显著，未标星号代表不显著)

4.5. 不同省份儿童多维贫困现状分析

表 4 呈现的是基于 CFPS2014 年调查数据测算所得不同测度方法下各省儿童贫困率以及数据中回应收到政府救助的儿童比例。数据测算结果提供了以下几个有意义的结论。

首先，低保线下儿童贫困发生率显著高于收到政府救助的儿童比例（除北京和天津外）。除北京天津外，其余 23 个省份都存在或多或少比例的儿童‘应保未保’，即家庭人均收入符合最低生活保障地标准但事实上却并未获得低保或其他形式的社会救助。图表 2 更清晰地呈现了全国及各个省份儿童‘应保未保’状况。在全国范围内，有 19.6%的儿童家庭收入低于最低保障线，但实际上真正获得社会救助的儿童比例不足 12%，有大约 7.7%的漏保儿童。从各省份分析情况来看，部分省份例如河北、山西、安徽、福建、江西、山东、广东以及广西应保未保的

儿童比例甚至超过 10%，表明我国多数省份漏保的儿童比例偏高。结果表明，低保等社会救助项目存在一定程度的漏保现象。

其次，比较两种方法下儿童贫困的测算结果可以发现，越是较为贫穷的省份和地区，儿童多维度贫困发生率越高，而对应的儿童收入贫困率却较低。例如，低保收入线测度下甘肃省和四川省的儿童贫困率为 21.1%和 37.1%，然而叠加 16 项具有效度的贫困指标后，当多维度贫困指数超过 3 个、4 个及以上指标的情况下，即同时在多重指标上处于贫困临界值以下，甘肃省儿童多维度贫困率高达 75.1%和 49.4%，四川省则高达 68.5%和 51.4%。平均匮乏指数结果也显示，甘肃和四川两省平均匮乏指数最高分别为 3.6 和 3.5 分，这表明两个省份多数儿童实际的生活水平较差，在多项贫困指标上处于贫困状态。除此之外，同样位于西部的贵州省、云南省和陕西省平均匮乏指数和不同临界值下的多维度贫困发生率也都较高，明显高于江苏和浙江等东部省份，东西部省份儿童贫困水平差异较大。仍然有较多比例的儿童，按照现行各地公布的低保贫困线标准不符合被救助的要求，但其实际的生活水平较差，仍然需要获得政府和社会的救助或帮扶。

表4 不同测度方法下各省份儿童贫困状况

省份	平均匮乏值数	多维贫困指数 ≥ 2	多维贫困指数 ≥ 3	多维贫困指数 ≥ 4	低保线下儿童贫困发生率	获得政府救助儿童比例	应保未保儿童比例
全国水平	2.4	67.6	44.8	24.8	19.6	12.0	7.7
北京市	1.1	28.1	3.1	3.1	6.1	7.9	-1.8
天津市	1.2	31.8	15.9	4.6	4.7	14.9	-10.2
河北省	2.3	68.0	40.8	17.1	21.6	5.2	16.3
山西省	2.7	72.7	51.0	30.2	27.1	8.8	18.3
辽宁省	2.4	73.0	46.4	21.7	12.1	5.5	6.6
吉林省	2.5	68.9	47.8	27.8	17.1	9.5	7.6
黑龙江省	2.1	62.3	34.3	20.6	13.3	8.4	4.9
上海市	0.9	25.0	7.3	0.8	4.8	4.8	0.0
江苏省	1.2	29.9	13.2	5.6	11.4	3.2	8.2
浙江省	1.5	48.5	20.4	7.8	6.9	2.7	4.2
安徽省	2.4	65.7	43.8	27.0	20.2	6.1	14.0
福建省	1.9	58.5	28.5	13.1	23.3	7.8	15.5
江西省	1.9	54.1	29.0	12.6	17.3	5.8	11.4
山东省	2.0	62.0	34.7	12.8	16.5	5.9	10.6
河南省	2.2	64.3	38.0	18.0	12.6	10.9	1.7
湖北省	1.9	54.0	31.0	17.2	9.5	7.9	1.7
湖南省	1.9	55.4	35.3	17.4	12.1	7.6	4.6
广东省	2.1	60.5	36.3	18.3	26.1	4.4	21.7
广西省	2.5	69.0	48.3	28.5	24.6	11.2	13.4
重庆市	2.0	60.3	30.9	14.7	18.8	9.3	9.5
四川省	3.6	83.4	68.5	51.4	37.1	36.2	0.9
贵州省	3.1	79.3	63.5	40.3	36.5	30.8	5.7
云南省	2.9	83.7	60.3	31.9	22.9	13.5	9.4
陕西省	2.5	74.3	45.6	24.0	14.2	10.5	3.7
甘肃省	3.5	91.8	75.1	49.4	21.1	20.5	0.5
显著检验	0.00***	0.00***	0.00***	0.00***	0.00***	0.00***	n/a

注：p 值 <0.1 * p 值 <0.05 ** p 值 <0.01 *** (*、**、***分别代表在10%、5%和1%统计水平上显著，未标星号代表不显著)

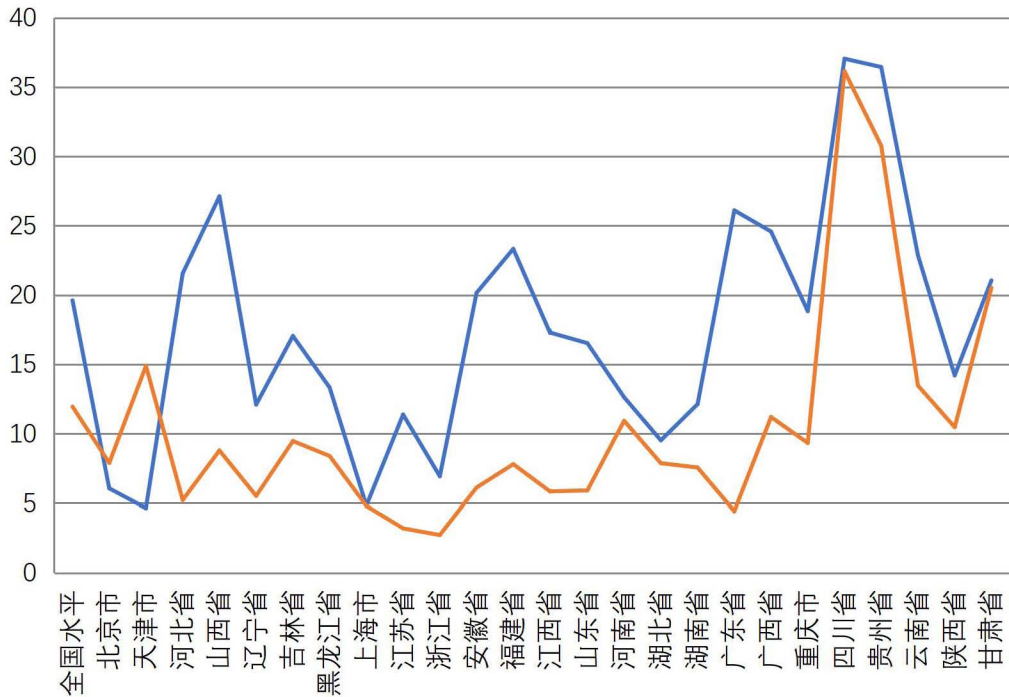


图 2 全国及各省份低保线下儿童贫困发生率及实际获得救助的儿童比例

图 3 呈现的是两种测度方法下儿童贫困发生率的不匹配差距值。依据多维度贫困指数较为严格的标准，例如以 4 个及以上指标贫困取值情况进行计算，儿童在至少 4 个及以上的有效贫困指标中处于缺失或匮乏状态，两者测度的儿童贫困比例在全国范围内仍然相差 5.2%。也就是说，5.2%的儿童面临多维度的匮乏和缺失，属于贫困状态较为严重的群体，但依据收入测度方法却未能被识别为贫困儿童。这反映出两种方法测度结果的不匹配情况。各省份测度结果显示，经济较为不发达的西部省份例如四川省和甘肃省在两种方法测度下的儿童贫困率不匹配差距比例高达 14.3% 和 28.3%。这说明相当比例的儿童依据低保线标准不属于贫困儿童，但其实际的生活水平较差，面临多重贫困和匮乏，应当尽快被纳入社会救助和保障的范围。

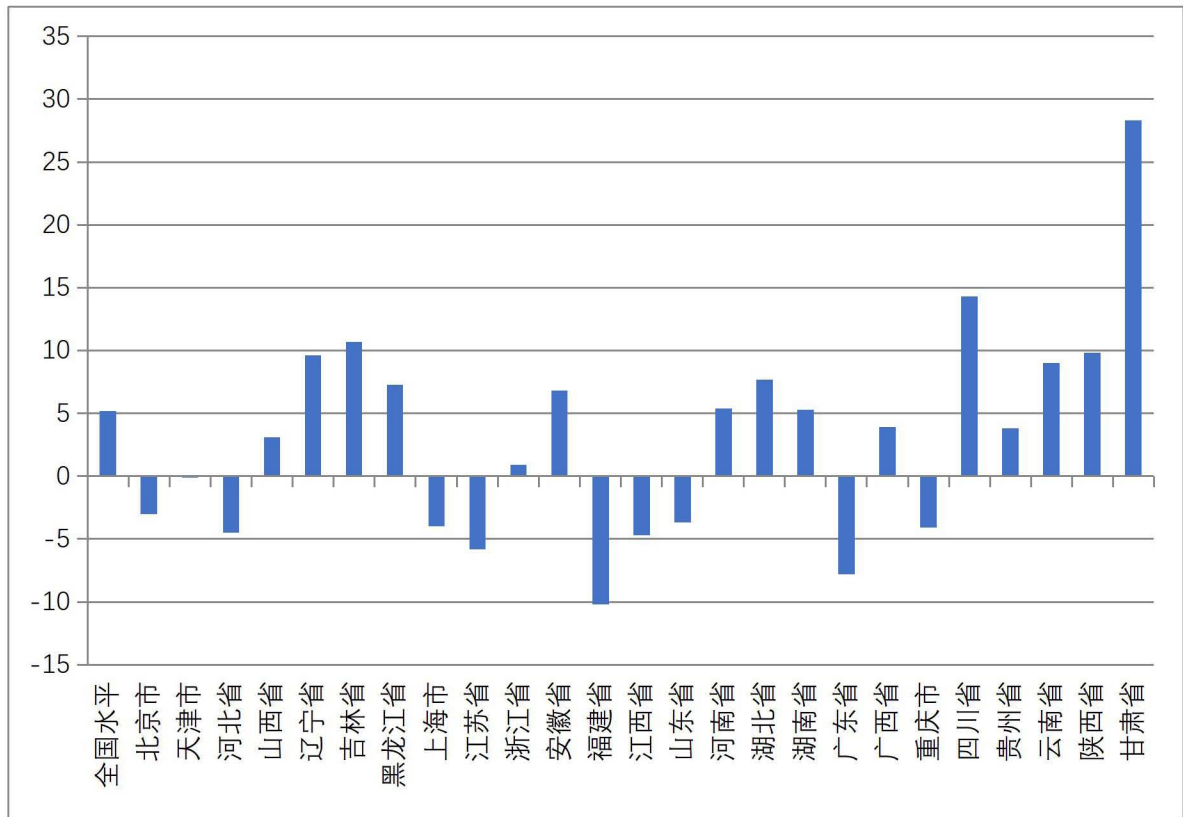


图 3 多维度贫困测度下儿童贫困发生率（贫困指数大于 4）与收入测度下儿童贫困发生率的差值比较

5. 讨论与建议

5.1. 研究发现

基于中国家庭追踪调查数据,本文采用不同测度方法对儿童贫困的水平及程度进行实证分析和比较。多维贫困方法选取的指标包括儿童健康、营养状况、儿童照顾与看护、获得教育及家庭生活水平等五个领域。首先,本研究试图对多维贫困指标的效度进行检验,通过引入家庭收入和儿童自评健康自评状况作为检验多维贫困指标的准则效度和结构效度。效度检验的结果表明,共有 16 个指标通过效度检验,14 个指标与家庭收入有显著关联,4 个指标与儿童自评健康状况有显著关联。儿童被他人照顾情况与家庭收入没有显著关联,但却显著影响儿童对自我的健康评价。以收入法衡量儿童贫困无法准确有效反映儿童实际生活水平的

差距，家庭收入差距以外儿童面临的营养不良、早期教育不足、父母或成人照顾及看护不足、社会保障水平不足以及家庭物质匮乏等诸多方面地差距是构成贫困儿童脆弱性及多重能力匮乏的重要体现，严重影响儿童能力的发展。

其次，农村及西部省份儿童的多维匮乏及贫困状况更加严重，突出表现为营养不良导致的发育迟滞比例偏高，缺乏父母或成人照料看护的儿童比例偏高，儿童获得社会保障的水平不足，家庭物质匮乏较为严重的儿童比例较高以及儿童早期教育的程度有待提高。另外，收入法测度下农村与城市儿童贫困率比较接近没有显著差别，然而多维度方法的测度显示，指标贫困水平和叠加贫困方面，农村儿童相较于城市儿童都存在明显的差距。农村地区，儿童多维贫困发生率远高于收入贫困率，相当比例儿童即使收入高于农村低保线，依然处境不利，在多维贫困指标中处于明显劣势。各省份测度结果也表明，收入方法测度下儿童贫困的程度偏低，特别是经济不发达的西部省份，儿童多维度贫困发生率较高，两种方法的测度结果不匹配，尤其中西部落后省份的多维贫困比例远高于收入贫困率。研究结果表明，多维贫困方法能够较好地识别贫困落后地区儿童所处多维度困境。研究结果还发现，存在一定比例儿童没有获得基本保障，属于应保未保范畴，表明低保对贫困人口的精准识别和保障金的精准发放等方面还需提高。

研究表明多维测度方法能够有效识别儿童生活质量在多方面存在的不足和差距，有效弥补传统收入测度方法的不足。为能够有效缩小贫困与非贫困儿童的多重差距，需要构建能够反映儿童多重脆弱性的多维度贫困指标体系，通过多维度测度方法识别和监测我国儿童贫困水平及程度，并基于多维度测度的结果制定有效的综合型社会救助政策体系帮助儿童尽快实现多维度的脱贫目标。

5.2. 他国经验及建议

2015年，联合国儿童基金会针对不同国家国别办公室职员的一份调查显示了近期各国儿童贫困测量及其影响政策的实践现状（UNICEF，2017）。被调查的160多个国家中，65个国家还尚未建立儿童贫困的测量和监测体系，19个国家虽然建立了儿童贫困的定期监测程序但尚未将儿童贫困纳入到国家政策的探讨中，其余超过75个国家能够定期监测本国儿童贫困状况。建立儿童贫困测量和监测体系的国家中，调查结果显示有大约一半（46%）左右的国家采用收入和多维度测量相结合的方法监测儿童贫困，大约35%的国家仅通过收入方法测度儿童贫困，另外还有19%的国家使用多维度方法监测儿童贫困状况。但是值得注意的另外一个现象是，有大约一半（48%）左右的国家虽然建立儿童贫困的监测系统但并没有定期进行监测，能够定期监测儿童贫困的国家主要集中于中高收入国家和地区，通常监测的周期是每年一次。这些数据呈现了目前全球范围内各国监测儿童贫困的基本情况，以下将主要介绍全球范围内包括发达国家和发展中国家采用多维贫困方法监测儿童贫困及这一方法在各国影响政策实践的基本状况。

发达国家和地区针对儿童贫困的多维监测和现状评估通常采用相对匮乏为导向的多维贫困测量方法，特别是欧洲国家和地区范围内较为普遍。近期出版的经济危机与儿童状况报告便使用物质相对匮乏指数方法测算比较11个欧洲各个国家包括英国、德国、美国、比利时、瑞典、日本、爱尔兰、西班牙、意大利、匈牙利、希腊等国家的儿童贫困状况。根据儿童所在家庭物质匮乏指数的变化情况（child material deprivation index）测算所得结果显示，2008到2014年间，11个欧洲国家中有6个国家儿童所在家庭物质匮乏指数即儿童贫困率出现了不同程度的上升。其中，英国上升了5%，西班牙上升了7%，意大利上升了8%，匈牙利上升了9%，爱尔兰上升了11%，而希腊则上升了23%。欧洲国家中长期以来

表现较好的是瑞典，基于相对匮乏方法测算的儿童多指标物质匮乏指数显示，瑞典的儿童物质匮乏即贫困率长期以来低于 1%水平，多年来瑞典的儿童贫困率都维持在很低的水平，在欧洲各国长期处于儿童贫困率最低水平的国家行列。

瑞典作为发达国家和地区儿童贫困维持较低水平的典型，其儿童减贫的成就源自于对儿童贫困问题的重视和有关儿童贫困的数据监测。瑞典是以儿童贫困状况的测量数据引发社会各界广泛关注，并为儿童提供多维度福利供给有效减少儿童多维度贫困的成功案例。90年代经济衰退时期瑞典的儿童贫困率高达 17%，然而当时儿童贫困这一概念很少出现在瑞典的媒体和政府出台的各类政策文件中。直到 2002 年，瑞典的儿童救助会开始出版第一份有关瑞典儿童贫困状况的监测报告，之后儿童贫困这个概念开始被广泛关注和重视。儿童贫困状况的测量和监测报告的发布引起了瑞典各界包括政府官员、媒体从业者及社会大众的广泛关注，并极大调动了社会各界的力量广泛参与到儿童减贫的进程。由于对儿童贫困问题的广泛关注和重视，社会各界的广泛关注倡议及瑞典高福利国家的福利供给，为瑞典儿童贫困率长期处于最低国家行列发挥了十分重要的作用。也正是从 2002 年儿童贫困报告发布的这一年，瑞典开启了一项专门针对儿童的福利改革措施，即为所有 6 岁以下儿童提供所有儿童都能支付得起的日间照料服务，低收入家庭所需要支付的日间照料费用则更低。除了普通家庭和低收入家庭都能负担得起的高质量儿童照料服务，学校及照料中心也为儿童提供免费的午餐，儿童就学的任何阶段也不需要家庭额外的花费和开销（除了大学阶段的课程资料费），18 岁以下儿童的医疗就诊服务也是免费的，瑞典也为所有儿童提供普惠型津贴，另外针对儿童的休闲活动和公共交通也有相应的补贴。这些福利举措为儿童构建了多层次的保护体系和福利供给，为瑞典常年处于儿童贫困最低国家行列奠定了

坚实的基础。

发展中国家和地区目前也有不少国家已经采用多维方法监测本国贫困包括儿童贫困的基本状况并用于指导减贫的政策的项目。墨西哥是较早采用多维贫困方法监测贫困状况并引导多维减贫的国家之一。墨西哥国会于2004年通过了社会发展普通法，并于2004年成立了国家独立社会评价委员会（或社会发展理事会）专门负责本国社会发展领域相关政策的评估工作（Council for the Evaluation, CONEVAL）。社会评价委员会一方面需要负责多维度贫困方法的设计，另一方面负责本国社会政策评估工作的开展。2009年，墨西哥政府便开始设计适用于本国的多维贫困测量体系，多维度贫困监测体系涉及的维度包括收入、社会匮乏和社会融合程度（UNICEF, 2017）。社会匮乏维度依据基本的社会权利框架筛选和确定了六项指标监测贫困状况，包括教育获得情况、获得医疗照顾状况、社会保障状况、住房状况、居住空间质量状况以及食品安全状况。以上六项指标中如果遭受一个及以上的匮乏或缺失，且收入低于墨西哥政府划定的经济收入贫困线，即为多维贫困人群。如果个人遭受其中三项及以上的匮乏且收入低于最低贫困线，即为极端贫困人群。

由此可见，针对儿童贫困的定期监测不仅能够引发广泛讨论，且能促进本国儿童减贫和发展相关政策和项目的制定，帮助国家尽快采取消除儿童贫困的各项行动。不论是发达国家还是发展中国家，各国政府已经意识到开始积极实践多维度贫困的测量方法，并积极将这一方法的分析结果更好地服务于本国儿童减贫的政策制定和行动中。多维度贫困测量方法能够将儿童面临的突出问题、困难和挑战以更加直观的方式呈现出来，直接指向现有社会政策和公共服务领域的薄弱环节，促进政府和实践工作者更全面地了解到现有政策和服务中的不同，并促进各

项政策和制度的改进和完善。建议我国也将多维度测量方法纳入实际儿童贫困的识别中来，加强贫困儿童的多维度监测，有效捕捉制约儿童发展的多方因素，有效引导儿童减贫和发展的政策实践。

参考文献

- Alkire, S. & Foster, J. (2011) Counting and multidimensional poverty measurement. *Journal of Public Economics*, 95, 476-487.
- Alkire, S., & Roche, J. M (2011) Beyond Headcount: Measures that reflect the breadth and components of child poverty, *OPHI working paper No. 45*. University of Oxford: Oxford Poverty & Human Development Initiative.
- Alkire, S., & Housseini, B. (2014). Multidimensional Poverty in Sub-Saharan Africa: Levels and Trends *OPHI Working Paper No.81*. University of Oxford: Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI).
- Batana, Yélé, Bussolo, M. and Cockburn.J. (2013) Global extreme poverty rates for children, adults and the elderly. *Economics Letters*, 120.3: 405-407.
- Barrientos, A., & DeJong, J.(2006) Reducing child poverty with cash transfers: A sure Thing? *Development Policy Review*, 24(5), 537-552.
- Boyden, J., Hardgrove, A., & Knowles, C. (2012) Continuity and change in poor children's lives: evidence from Young Lives. In S. Nandy & A. Minujin (Eds.), *Global child poverty and wellbeing: measurement, concepts, policy and action*. Bristol: The Policy Press.
- Bradshaw, J., & Richardson, D. (2008) Does Child Income Poverty Measure Child Well-Being Internationally? *Social Policy and Society*, 7(04), 521-536.
- Bradshaw, J., Chzhen, Y., Main, G., Martorano, B., Menchini, L., & de Neubourg, C. (2012). Relative Income Poverty among Children in Rich Countries. *Innocenti Working Paper, No.2012-01*, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- Chzhen, Y., de Neubourg, C., Plavgo, I., & de Milliano, M. (2014) Understanding Child Deprivation in the European Union: The Multiple Overlapping Deprivation Analysis Approach, *Innocenti Working Paper No.2014-18*. Florence: UNICEF Office of Research.
- Chzhen, Y. & de Neubourg, C. (2014) *Multiple overlapping deprivation analysis for the European Union (EU-MODA): Technical Note*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- De Milliano, M. & Plavgo, I. (2014) *Analysing child poverty and deprivation in sub-Saharan Africa: CC-MODA-Cross Country Multiple Overlapping Deprivation Analysis*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.

- De Neubourg, C., Cai, J., Q., De Milliano, M., Plavgo, I. & Wei, Z., R. (2012a) *Cross-country MODA Study: Multiple Overlapping Deprivation Analysis(MODA)- Technical note*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- De Neubourg, C., Cai, J., Q., De Milliano, M., Plavgo, I. & Wei, Z., R. (2012b) *Step-by-Step Guidelines to the Multiple Overlapping Deprivation Analysis (MODA)*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- Evans, B. & Palacios. R. (2015) Who is poorer? Poverty by Age in the Developing World. *Social Protection and Labor Policy Note No. 106888*. New York: World Bank.
- Gordon, D., Nandy, S., Pantazis, C., Pemberton, S. A. & Townsend, P. (2003) *Child Poverty in the Developing World*. Bristol: The Policy Press.
- Gordon, D., & Nandy, S. (2012). Measuring child poverty and deprivation. In A. Minujin & S. Nandy (Eds.), *Global Child Poverty and Wellbeing-Measurement, concepts, policy and action*. The Policy Press.
- Jalan, J. & Ravallion, M. (2003). Does piped water reduce diarrhea for children in rural India? *Journal of Econometrics*, 112, 153-173.
- Luo, R.F., Zhang, L.X., Liu, C.F., Zhao, Q.R., Shi, Y.J, Miller, G. Yu, E., Sharbono, B., Medina, A., Rozelle, S. and Martorell, R. (2011). Anaemia among Students of Rural China's Elementary Schools: Prevalence and Correlates in Ningxia and Qinghai's Poor Counties. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(5), 471-485.
- Mangyo, E. (2008). The effect of water accessibility on child health in China. *Journal of Health Economics*, 27(5), 1343-1356.
- Minujin, A., Delamonica, E., Gonzalez, E. D. & Davidziuk, A. (2005) *Children Living in Poverty: A Review of Child Poverty Definitions, Measurements, and Policies*. New York: New School University.
- Minujin, A. & Nandy, S. (2012) *Global child poverty and well-being: Measurement, Concepts, Policy and Action*. Bristol: The Policy Press.
- Newhouse, David Locke; Suarez Becerra, Pablo; Evans, Martin C. (2016) New estimates of extreme poverty for children. *Policy Research working paper, No.WPS 7845*. Washington, D.C.:World Bank Group.
- OECD. (2009). *What are equivalence scales?* .Retrieved from

<http://www.oecd.org/eco/growth/OECD-Note-EquivalenceScales.pdf> website

Pantazis, C., Gordon, D., & Levitas, R. (2006). *Poverty and Social Exclusion in Britain: The millennium survey*. Bristol: The Policy Press.

Roelen, K., Gassmann, F. & de Neubourg, C. (2009) The importance of choice and definition for the measurement of child Poverty: The case of Vietnam. *Child Indicators Research*, 2(3), 245-263.

Santos, M. E., Villatoro, P., Mancero, X., & Gerstenfeld, P. (2015). A Multidimensional Poverty Index for Latin America *OPHI Working Paper No. 79*. University of Oxford: Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI).

UN-Habitat (2009) *Urban Indicators Guidelines, Better Information, Better Cities, Monitoring the Habitat Agenda and the Millennium Development Goals- Slums Target*. Kenya: United Nations Centre for Human Settlements.

UN (2003) *Indicators for monitoring the Millennium Development Goals, Definitions, Rationale, Concepts and Sources*. New York: United Nations.

UN (1995). The Copenhagen Declaration and Programme of Action: World Summit for Social Development 6-12 March 1995. New York: United Nations Department of Publications.

UNCRC (1989) *Convention on the Rights of the Child*. New York: United Nations Department of Publications. Retrieved from <http://www.unicef.org.uk/UNICEFs-Work/Our-mission/UN-Convention/>

UNGA (United Nations General Assembly) (2006) *Promotion and protection of the rights of children: Report of the Third Committee*. New York: United Nations.

UNICEF & WHO (2009) *WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children*. New York: WHO and UNICEF.

UNICEF (2014) *Children in China: An Atlas of Social Indicators*, Beijing: United Nations Children's Fund.

UN (2015) 中国实施千年发展目标报告（2000-2015） Report on China's Implementation of the Millennium Development Goals (2000-2015). Beijing: Ministry of Foreign Affairs People's Republic of China and United Nations System in China.

Watkins K and Quattri M (2016) *Child poverty, inequality and demography: why Sub-Saharan Africa matters for the Sustainable Development Goals*, London: Overseas Development

Institute.

WHO (2002) *Better Health for Poor children. WHO/World Bank Working Group on Child Health and Poverty*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2013) *Guideline: Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children*. Geneva: World Health Organization.

Willows, N.D., Barbarich, B.N., Wang, L. C. H., Olstad, D.L., & Clandinin, M. T. (2011). Dietary inadequacy is associated with anemia and suboptimal growth among preschool-aged children in Yunnan Province, China. *Nutrition Research*, 31(2), 88-96.

